

Wolfgang Lange

ENTSPRECHEN DIE Z.ZT. GELTENDEN GESETZLICHEN
BESTIMMUNGEN ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG VON
LEICHENÖFFNUNGEN IN DER BUNDESREPUBLIK
NOCH DEN ANFORDERUNGEN, DIE HEUTE AN EINE
EXAKTE TODESURSACHENSTATISTIK UND AN DIE
RECHTSSICHERHEIT ZU STELLEN SIND?

Frankfurt am Main 1961

1962

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der
Universität Frankfurt am Main

K. Direktor: Prof. Dr.Dr.Dr. W. Artelt

Entsprechen die z.Zt. geltenden gesetzlichen Bestimmungen
über die Durchführung von Leichenöffnungen in der
Bundesrepublik noch den Anforderungen, die heute
an eine exakte Todesursachenstatistik und an die
Rechtssicherheit zu stellen sind ?

Untersuchungen und kritische Überlegungen zu dieser Frage
aus gerichtsärztlicher Sicht.

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

Der Hohen Medizinischen Fakultät
der
Johann Wolfgang Goethe-Universität zu Frankfurt am Main

vorgelegt von
Wolfgang L a n g e
aus Freiberg
-1962-



Dekan:	Prof. Dr. med. K. Herzberg
Referent:	Prof. Dr. med. K. Luff
Korreferent:	Prof. Dr. med. H. Frick
Mündliche Prüfung:	21. 3. 1962

An dieser Stelle sei Herrn Prof. Dr. med. K. Luff
für die Überlassung des Themas und für seine Un-
terstützung bei der Durchführung und Niederschrift
der Arbeit gedankt.

Die Anfänge menschlicher Leichenöffnungen reichen bis in die Frühzeit des menschlichen Daseins zurück und gewannen im Laufe der Zeit als sicherste Methode zur Feststellung der Todesursache immer mehr an Bedeutung. So soll bereits im 3. Jhd.v.Chr. in Alexandria Erasistratos eine verhärtete Leber bei Ascites und Erweichungen abdomineller Organe nach einem Schlangenbiß festgestellt haben (D I E P G E N, 9). Schon Erasistratos und Herophilos erkannten, daß man von der Anatomie der Tiere keine Rückschlüsse auf die des Menschen ziehen dürfe und deshalb Obduktionen menschlicher Leichen notwendig seien.

Mit der zunehmenden Macht Roms verlagerte sich das wissenschaftliche Leben von Alexandria nach dort; da aber menschliche Leichenöffnungen dem religiösen Empfinden der römischen Bürger widersprachen und aus diesem Grund Sektionen menschlicher Leichen in vielen Teilen des römischen Reiches unmöglich waren, wurden zur Zeit Galens fast ausschließlich Tierobduktionen durchgeführt, obwohl man sich über die Unzulänglichkeiten einer solchen Anatomie im klaren war (W O L F F, 42).

Die ersten nachweisbaren Sektionen menschlicher Leichen im Abendland fallen zeitlich in das späte Mittelalter. So soll 1286 in Oberitalien eine Sektion zur Klärung der Ursache eines Seuchensterbens durchgeführt worden sein (A R T E L T, 2).

1302 ist erstmalig eine in gerichtlichem Auftrag durchgeführte Sektion bei einem Vergiftungsverdacht nachweisbar, über die von Franciscus Modinus berichtet wird. Bereits im Mittelalter war die Hinzuziehung ärztlicher Sachverständiger vor Gericht weit verbreitet.

Im 14. und 15. Jhd. wurden an einigen Universitäten die Lehrsektionen an Leichen Hingerichteter aufgenommen; parallel wurden aber noch Tiersektionen durchgeführt. Dies waren die Anfänge einer naturwissenschaftlich-medizinischen Forschung auf diesem Gebiet. Die weltanschaulichen Widerstände waren kaum geringer als zuvor, doch wurde das Bedürfnis nach der Sektion als Forschungsmethode immer stärker.

Das erste anatomische Lehrbuch, in dem Sektionen menschlicher Leichen Berücksichtigung fanden, wurde 1316 von dem berühmten Anatomen Mondino de'Luzzi in Bologna geschrieben. Zu dieser Zeit führten die akademischen Lehrer die Sektionen nicht selbst aus, sondern ließen sie von den weniger gut angesehenen Barbieren durchführen.

Zu Beginn des 16. Jahrhunderts gestatteten auch die Päpste die Obduktion höchster kirchlicher Würdenträger oder ordneten sie sogar an, wenn die Todesursache unklar war. 1521 wurde der Papst Leo X. obduziert, da man eine Vergiftung vermutete.

Im 16. Jhd. erkannte der berühmte Anatom Vesal, daß die Anatomie Galens nicht auf der Präparation menschlicher Leichen beruhte, sondern Tieranatomie war. Damit sagte sich Vesal von der Autorität Galens los und entwickelte eine moderne, nur auf den Augenschein gegründete Anatomie. Das Ergebnis war sein Werk vom Bau des menschlichen Körpers, das 1543 in Basel erschien.

Um 1540 nahmen schließlich die Anatomen selbst das Messer in die Hand und präparierten. Für den Unterricht entstanden, nachdem man sich bis dahin mit behelfsmäßigen Demonstrationsräumen begnügt hatte, am Ende des 16. Jhd. die ersten fest gebauten "Anatomischen Theater".

Die Bedeutung Vesals bestand darin, daß er den Bau des menschlichen Körpers durch eigene Untersuchungen erforschte und somit die Irrtümer nachweisen konnte, deren sich die Lehre Galens schuldig machte, indem sie die Ergebnisse der tieranatomischen Forschungen auf den Menschen übertrug. Vesal beklagte sich auch darüber, daß Galens Lehre nach fast 1 1/2 Jahrtausend noch eine so große Autorität genoß, obwohl dieser selbst noch niemals eine menschliche Leiche seziiert habe (S I N G E R, 34).

Ende des 16. Jahrhunderts war schon ein großer Teil der makroskopischen Anatomie des menschlichen Körpers bekannt. Die zunehmende Sektionszahl brachte es mit sich,

daß man häufiger auf pathologische Befunde stieß, welche man mit den vorausgegangenen Erkrankungen in Einklang zu bringen suchte.

Mit der Forderung des Anatomen Volcher Koyter, in jedem Fall mit unsicherer Diagnose die Sektion durchzuführen, waren die Anfänge der modernen pathologischen Anatomie gemacht (D I E P G E N, 7). Daraus kann man entnehmen, daß die große Bedeutung pathologisch-anatomischer Sektionen bereits im 16. Jahrhundert weitgehend erkannt worden ist.

Die Heranziehung von medizinischen Sachverständigen als Gutachter vor Gericht kann man von den Anfängen der Staatsbildung an, auch wenn es nicht direkt zu belegen ist, annehmen (D I E P G E N, 7). Das Interesse der Justiz für bestimmte krankhafte Veränderungen im Zusammenhang mit fraglichen strafbaren Handlungen ergab für den Mediziner eine völlig neue Fragestellung, aus der sich im Laufe der Zeit ein selbständiges Fachgebiet, nämlich die gerichtliche Medizin, entwickelte. Die für eine gerichtsmedizinische Begutachtung in Frage kommenden Fälle waren in amtlichen Verordnungen, wie z.B. in der 1532 Gesetz gewordenen "des Keyzers Karls des fünften unnd des heyligen Römischen Reichs peynlich Gerichtsordnung" festgelegt. Diese Lex Carolina enthält folgende Kapitel, die sich auf Leichenöffnungen beziehen: 1) Selbstmord, 2) fahrlässige Tötung, 3) Totschlag und die Besichtigung Erschlagener und 4) tödliche Verwundungen.

Die Bedeutung ärztlicher Sachverständiger wurde noch nicht voll erkannt, denn es ist nur davon die Rede, daß man sie zur Klärung medizinischer Fragen hinzuziehen könne. Von einer allgemeinen Einführung gerichtsmedizinischer Sektionen zu diesem Zeitpunkt kann auch noch nicht gesprochen werden, da diese nur sehr vereinzelt durchgeführt wurden. Trotz der Mängel ist aber jene Gerichtsordnung als das Standardwerk deutscher Medizinalgesetzgebung zu betrachten (W O L F F, 42, P L A C Z E K, 27).

So entstanden im 16. und 17. Jahrhundert die ersten gerichtsmmedizinischen Aufzeichnungen auf der Basis des römischen- und kirchlichen Rechts.

In Deutschland ist der wissenschaftliche Aufschwung der gerichtlichen Medizin ein Verdienst Joh.Bohn's (1640 - 1718), der bereits 1700 die Eröffnung der drei Körperhöhlen forderte; dieses Sektionsverfahren bürgerte sich immer mehr ein und wurde schließlich 1720 für gerichtliche Obduktionen Vorschrift (P L A C Z E K, 27).

Einer der größten Anatomen des 18. Jahrhunderts war Morgagni (1682 - 1771), der in der Förderung der pathologischen Anatomie sein Lebenswerk sah. Durch nüchterne und kritische Beurteilung seiner Befunde wurde er zum Vorbild vieler Pathologen. Als man endlich zur Sektion menschlicher Leichen übergegangen war, hatte man zunächst Mühe genug, die normale Anatomie kennenzulernen. Deshalb wies Morgagni auch immer wieder darauf hin, daß man erst die Zergliederung des gesunden Körpers üben müsse, bevor man pathologisch-anatomische Forschungen betreibe. Zur Zeit Morgagnis wurden die Leichen erst 6 - 7 Tage nach dem Tode seziiert, da man befürchtete, einen Scheintoten zu zergliedern; auch pflegten sich die Autopsien mehrere Wochen lang hinzuziehen. Abgesehen von den behördlicherseits angeordneten Sektionen war es zu dieser Zeit schwierig genügend Leichen zu bekommen, da das Vorurteil gegen die Leichenöffnungen noch im 18. und 19. Jahrhundert - besonders in England und Amerika - ein großes Hemmnis darstellte; um diese Schwierigkeiten zu veranschaulichen sei hier noch eine kleine Episode über die illegale "Materialbeschaffung" erwähnt, nach der im Jahre 1829 in Edinburgh 35 Menschen ermordet wurden, deren Leichen die Täter der Anatomie verkauft haben sollen (D I E P G E N, 8).

Der ständige Leichenmangel habe sogar eine Bewachung der Gräber frisch Beerdigter notwendig gemacht, damit die Toten nicht heimlich ausgegraben wurden, um den Ana-

tomen ausgeliefert zu werden. Hauptabnehmer soll der bekannte Anatom Robert Knox (1793 - 1862) gewesen sein.

Erwähnt sei noch, daß aber auch Schwerkranke - darunter manche berühmte Mediziner - ihre Leiche testamentarisch der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung stellten (D I E P G E N, 8).

Während früher die pathologisch-anatomischen Erwägungen bei den Sektionen allein im Vordergrund standen, so erlangten doch in den letzten Jahrzehnten die forensischen- und seuchenhygienischen Sektionsindikationen eine immer größere Bedeutung. Heute unterscheidet man zwischen pathologisch-anatomischen Sektionen, die im klinischen Interesse durchgeführt werden und den Sektionen im öffentlichen Interesse zur Klärung strafrechtlicher Tatbestände (zwecks Ausschluß eines Verschuldens dritter Personen am Tode eines Menschen) sowie zur Beantwortung versicherungsrechtlicher- und seuchenhygienischer Fragen. Bei den letzteren handelt es sich um die gerichtlichen- und sanitäts-polizeilichen-⁺⁾ und um die sog. Versicherungssektionen. Auf die grundlegenden Unterschiede der Fragestellung zwischen pathologisch-anatomischer und gerichtsmedizinischer Sektion soll an dieser Stelle noch hingewiesen werden: Den Pathologen interessieren vor allem die zum Tode führenden Veränderungen und Nebenfunde, wobei die ärztliche Diagnose und Krankengeschichte, d.h. das klinische Bild, unbewußt die Aufmerksamkeit auf sich lenkt (zit.nach R E U T E R, 31). Dagegen beziehen sich die gerichtlichen Sektionen in erster Linie auf die den Juristen interessierenden Fragen der Ursache eines fraglichen kriminellen oder versicherungsmäßig bedeutsamen, tödlich ausgelaufenen Geschehnisses in seinem ganzen kausalen Ablauf und auf den Vergleich des Geschehnisses mit den Aussagen

⁺⁾ dieser Ausdruck wird besonders in Österreich gebraucht

der Zeugen, des Beschuldigten und der Hinterbliebenen. Den pathologischen Anatomen interessiert also die Beantwortung der Frage nach dem inneren Kausalzusammenhang, den Gerichtsmediziner besonders die nach dem äußeren Kausalzusammenhang (R A E S T R U P, 25).

Die fortschreitende gesellschaftlich-soziale Entwicklung führte zur Bildung weiterer an Obduktionen interessierter Institutionen, wie Berufsgenossenschaften, Versorgungsämtern und Versicherungen. Da aber noch heute bezüglich der Autopsie menschlicher Leichen zum Teil eine völlige Rechtsunsicherheit besteht, erscheint es angebracht, einen Überblick über die einzelnen Sektionsarten unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsverhältnisse zu geben:

Anatomische Präparationen

Die Leichenzergliederungen der anatomischen Institute werden zum Zwecke der wissenschaftlichen Erforschung des normalen menschlichen Körperbaues, der Entwicklungsgeschichte und vor allen Dingen auch der Lehre - deren Hauptbestandteil die anatomischen Präparierübungen sind - durchgeführt. Besonders die Präparierübungen sind für die Ausbildung des Medizinstudenten von größter Bedeutung, denn diese allein ermöglichen es, den Körper in allen Einzelheiten kennenzulernen.

Bei dem Leichenmaterial der anatomischen Institute handelt es sich in der Regel um Verstorbene, bei denen Hinterbliebene nicht vorhanden sind, oder diese kein Interesse an der Leiche haben bzw. die Bestattungskosten nicht übernehmen können oder wollen.

Pathologisch-anatomische (= klinische) Sektionen

werden von pathologischen Instituten, die Universitätskliniken oder größeren Krankenanstalten angeschlossen sind, durchgeführt. Aber auch in kleineren Krankenhäusern, die keine eigene Prosektur haben, sind in der Regel geeignete Räume zur Durchführung von Leichenöffnun-

gen vorhanden, so daß bei bestehendem klinischen Interesse Obduktionen von den Pathologen eines benachbarten Institutes durchgeführt werden können.

Die pathologisch-anatomischen Obduktionen dienen der Erkennung und wissenschaftlichen Erforschung krankhafter Veränderungen, woraus sich wertvolle diagnostische und therapeutische Hinweise für die Behandlung ähnlicher Fälle ergeben; schon oft hat eine einzelne Leichenöffnung die Heilkunde wesentlich bereichert.

Juristisch bestehen keine Bedenken gegen eine Autopsie, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten diese wünschte, oder die Hinterbliebenen gegen eine solche nichts einzuwenden haben.

Sehr umstritten und unsicher ist dagegen die Rechtslage in allen Fällen, in denen nach dem Tode eine Autopsie zur Klärung der noch unklaren Todesursache, oder zur nachträglichen Kontrolle der klinischen Diagnose durchgeführt wurde, ohne daß eine Einwilligung der Hinterbliebenen vorlag.

Wenn auch strafrechtliche Folgen bei gegen den Willen des Verstorbenen oder dessen Angehörigen durchgeführten Obduktionen nicht zu erwarten sind⁺⁾ , so sind doch zivil-, disziplinar- und arbeitsrechtliche Folgen nicht ausge-

⁺⁾ Gegen § 303 StGB. (Sachbeschädigung) wird durch eine Obduktion nicht verstoßen, da nach einer Entscheidung des Reichsgerichtes (RGSt. Bd. 64 S. 313, v. 25.9.1930) eine Leiche keine Sache sei, da in ihr die Pietät des Verstorbenen weiterlebe. Der Tatbestand einer Entfernung von Leichen oder Leichenteilen aus dem Gewahrsam des Berechtigten im Sinne des § 168 StGB. (Leichendiebstahl) ist bei den klinischen Sektionen auch nicht erfüllt, da bei in Krankenanstalten Verstorbenen die Leitung der Anstalt die Leichen in ihrem Gewahrsam hat (M U E L L E R, 24, P O N S O L D, 29, T W A R Z I K, 38, T R O C K E L, 37).

Ein "Beisetteschaffen eines Leichnams ohne Vorwissen der Behörde" gemäß § 367, 1 StGB. liegt nach den Ausführungen von M U E L L E R, 24, P O N S O L D, 29 und

schlossen (M U E L L E R, 24, P O N S O L D, 29). Einmal sei ein Arzt zum Schadenersatz verurteilt worden, als ein Angehöriger beim Anblick der sezierten, aber nicht sorgfältig zurechtgemachten Leiche in Ohnmacht fiel (zit.nach M U E L L E R, 24).

In der Praxis handhaben es die Kliniken bzw. Krankenanstalten meist so, daß sie die Leichenöffnungen nach einer gewissen Wartezeit (z.B. 24 Stunden) - während der die Hinterbliebenen Einspruch gegen diese erheben können - durchführen. Hierbei beruft man sich auf das vielumstrittene sog. Gewohnheitsrecht der Krankenanstalten (T W A R Z I K, 38).

Oft finden sich auch in den Krankenhausaufnahmebedingungen Sektionsklauseln, die dem Haus das Recht zur Leichenöffnung einräumen, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten einer Autopsie nicht widersprach; eine meist 24stündige Wartezeit - während der den Hinterbliebenen eine Einspruchsmöglichkeit gegen eine Obduktion gegeben ist - wird oft zusätzlich eingehalten (T R O C K E L, 37). Besteht jedoch an einer Sektion ein besonders großes wissenschaftliches Interesse, dann bleibt in der Regel auch der Einspruch der Angehörigen unberücksichtigt.

T R O C K E L, 37, auch nicht vor.

Daß Obduktionen trotz fehlender Einwilligung des Verstorbenen oder dessen Hinterbliebenen weder gegen die Art.1 Abs.1 des Grundgesetzes (Wahrung der Menschenwürde) und Art.2 Abs.2 Satz 1 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit) noch gegen andere strafrechtliche Bestimmungen verstoßen, begründete T R O C K E L, 37, ausführlich und sehr überzeugend.

Eine Ausnahme bildet jedoch die Hansestadt Bremen, wo nach dem § 19 der Gesundheitsdienstordnung vom 13.9.1935 (Bremer Gesetzblatt S.191) Leichen, die nicht Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung werden können, gegen den Widerspruch der nächsten Verwandten nicht obduziert werden dürfen (unsere Anfrage an den Leitenden Oberstaatsanwalt bei dem Landgericht in Bremen, ob bisher Strafverfahren gegen Ärzte auf Grund dieser gesetzlichen Bestimmung durchgeführt worden sind, wurde verneint).

Es ist durchaus verständlich, daß es gelegentlich zu erregten und unschönen Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Angehörigen kommt, wenn letztere von einer ohne ihr Wissen durchgeführten Obduktion erfahren. Den Hinweis darauf, daß die Aufnahmebedingungen des Krankenhauses bei Ausbleiben des Einspruches eine Rechtsgrundlage für die Durchführung der Leichenöffnungen bilden, kann entgegengehalten werden, daß üblicherweise solche Bestimmungen weder von den Patienten selbst, noch von deren Angehörigen gelesen und beachtet werden, so daß von seiten der Hinterbliebenen die Rechtmäßigkeit der Obduktion als "erschlichen" und fragwürdig angesehen werden kann. So hat auch S C H Ö L L G E N (33) eindringlich darauf hingewiesen, daß selbst bei vorhandener Unterschrift unter den Aufnahmebedingungen schwere sittliche Bedenken gegen eine Autopsie bestehen.

Nicht unerwähnt soll aber auch bleiben, daß einige wenige Krankenanstalten - hier handelt es sich fast ausschließlich um konfessionelle Häuser - in jedem Fall einer beabsichtigten Sektion vorher das Einverständnis der Hinterbliebenen einholen.

Der überwiegende Teil der Juristen verneint die Rechtmäßigkeit einer Sektion, wenn keine ausdrückliche Einwilligung des Verstorbenen bzw. der Hinterbliebenen vorlag; in allen Fällen, bei denen ein hohes klinisches Interesse bestehe - d.h., wenn von einer Autopsie neue medizinische Erkenntnisse, die der Allgemeinheit von großem Nutzen sein können, zu erwarten sind - sei eine solche nicht rechtswidrig (P O N S O L D, 29, T R O C K E L, 37).

Gerichtliche Leichenöffnungen

Neben den an anderer Stelle noch zu besprechenden Obduktionen unter gerichtsmedizinischer Fragestellung, die im Privatauftrag durchgeführt werden, versteht man hierunter die Leichenöffnungen, die auf Antrag der Staatsanwaltschaft von dem Untersuchungsrichter des zuständigen Amtsgericht-

tes angeordnet werden.

Finden sich bei einem Sterbefall Anhaltspunkte dafür, daß der Tod nicht auf natürliche Ursache zurückgeht, so sind nach § 159 StPO.⁺⁾ die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige beim Amtsrichter oder der Staatsanwaltschaft verpflichtet. Die Beerdigung bedarf dann in jedem Fall der schriftlichen Genehmigung des Amtsrichters oder der Staatsanwaltschaft.

Ergeben die auf Grund einer solchen Anzeige angestellten Ermittlungen, daß an der Todesursachenfeststellung kein strafrechtliches Interesse besteht, so wird die Leiche zur Beerdigung freigegeben; anderenfalls wird eine gerichtliche Leichenschau bzw. Leichenöffnung angeordnet.

Da die äußere Besichtigung einer Leiche nur in wenigen Fällen darüber Aufschluß gibt, ob ein natürlicher- oder unnatürlicher Tod vorliegt, wobei Letzterer durch Unglücksfall, Selbstmord oder fremde Schuld herbeigeführt worden sein kann, wird man in der Regel eine gerichtliche Leichenöffnung durchführen, die unter Beachtung der §§ 87 - 89 StPO.⁺⁺⁾ zu erfolgen hat.

^{+) (} § 159) Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß jemand eines nicht natürlichen Todes gestorben ist, oder wird der Leichnam eines Unbekannten gefunden, so sind die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an den Amtsrichter verpflichtet.

Die Beerdigung darf nur auf Grund einer schriftlichen Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters erfolgen.

^{++) (} § 87) I. Die gerichtliche Leichenschau wird unter Zuziehung eines Arztes, die Leichenöffnung im Beisein des Richters von zwei Ärzten, unter denen sich ein Gerichtsarzt befinden muß, vorgenommen. Dem Arzt, welcher den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenöffnung nicht zu übertragen. Er kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung beizuwohnen, um aus der Krankengeschichte Aufschluß zu geben.

II. Die Zuziehung eines Arztes kann bei der Leichen-

Wie aus dem § 87 hervorgeht, wird die gerichtliche Sektion von zwei Ärzten durchgeführt, unter denen sich ein mit naturwissenschaftlich-kriminalistischen Problemen vertrauter Gerichtsarzt befinden muß, von dem man erwartet, daß er auf Grund seiner besonderen Sachkenntnis einen Geschehensablauf oder Tathergang anhand der festgestellten Befunde zuverlässig rekonstruieren kann. Trifft der Arzt während der Obduktion wichtige Feststellungen, so muß er den Richter darauf aufmerksam machen; aber auch der Richter hat die Pflicht, auf besondere Fragestellungen hinzuweisen, die sich im Laufe weiterer Ermittlungen ergeben könnten, so daß diesbezüglich eine besonders sorgfältige Protokollierung erfolgen kann (M U E L L E R, 24).

Da man aber zur Zeit der Sektion oft noch nicht weiß, welche neuen Gesichtspunkte sich im weiteren Verlauf des Ermittlungsverfahrens ergeben, schreibt der § 89 StPO. vor, daß stets alle drei Körperhöhlen obduziert werden müssen. Wenn es die Umstände erfordern, muß auch die Rückenmarkshöhle eröffnet werden.

Nach Beendigung der Sektion erstatten die Obduzenten ein vorläufiges Gutachten, welches die wichtigsten Befunde und ihre Auswertung bezüglich Todesursache und Kausalzusammenhang enthält. Weiterhin werden Angaben über die vermutliche Todesart, über evtl. fremdes Verschulden und

schau unterbleiben, wenn sie nach dem Ermessen des Richters entbehrlich ist.

III. Zur Besichtigung der Öffnung einer schon beerdigten Leiche ist ihre Ausgrabung statthaft.

(§ 88) Vor der Leichenöffnung ist, wenn nicht besondere Hindernisse entgegenstehen, die Persönlichkeit des Verstorbenen, insbesondere durch Befragen von Personen, die den Verstorbenen gekannt haben, festzustellen. Ist ein Beschuldigter vorhanden, so ist ihm die Leiche zu Anerkennung vorzuzeigen.

(§ 89) Die Leichenöffnung muß sich, soweit der Zustand der Leiche dies gestattet, stets auf die Öffnung der Kopf-, Brust- und Bauchhöhle erstrecken.

über Art und Umfang der noch erforderlichen Ergänzungsuntersuchungen gemacht. In den Fällen, in denen die makroskopischen Obduktionsbefunde nicht zur sicheren Klärung der Todesursache ausreichen, werden in der Regel, falls ein fremdes Verschulden am Tode in Betracht kommen kann, von der Staatsanwaltschaft als Ermittlungsbehörde abschließende Gutachten angefordert, die sich dann auf das Ergebnis histologischer- und toxikologischer Ergänzungsuntersuchungen sowie auf die bisherigen polizeilichen Ermittlungen und gegebenenfalls auf die Krankenvorgeschichte stützen.

Seuchenhygienische Sektionen

Derartige Obduktionen - auch Verwaltungssektionen genannt - werden auf Veranlassung der örtlichen Gesundheitsbehörden durchgeführt und zwar dann, wenn der Verdacht einer übertragbaren Krankheit besteht, welche geeignet ist, eine Seuche hervorzurufen. Dies ist insofern von großer Bedeutung, als bei Vorliegen einer solchen Erkrankung unverzüglich Maßnahmen gegen eine weitere Ausbreitung (Epidemieverhütung) getroffen werden müssen (Desinfektion, Isolierung, Nachforschung über Ansteckungsquellen).

Die Durchführung derartiger Autopsien ist durch das Bundes-Seuchengesetz vom 18.7.1961 (§32 Abs.4) gesetzlich geregelt, welches die lokalen Gesundheitsämter in Verbindung mit der Polizei ermächtigt, in allen Fällen, bei denen der Verdacht einer übertragbaren Krankheit besteht, die Obduktion anzuordnen.

Feuerbestattungssektionen

Der § 3 Abs.2 Ziffer 2 des Reichsgesetzes über die Feuerbestattung vom 15.5.1924 (RGBl. Nr.1 S.380) besagt ⁺⁾ , daß

⁺⁾ Die Genehmigung zur Feuerbestattung darf nur erteilt werden, wenn u.a. beigebracht sind: "eine nach der Leichenschau ausgestellte, mit Angabe der Todesursache versehene amtsärztliche Bescheinigung, daß sich ein Ver-

in jedem Fall, in dem eine Feuerbestattung vorgesehen ist, eine amtsärztliche- oder gerichtsmedizinische Leichenschau stattzufinden hat. Sollte sich hierbei der Verdacht auf einen nicht natürlichen Tod ergeben, der sich auch nach Hinzuziehung des den Toten vorher behandelnden Hausarztes nicht zerstreuen läßt, so ist die Leichenöffnung vorzunehmen. Die Durchführung der Feuerbestattungsobduktionen ist eine Sicherungsmaßnahme, da bei evtl. später auftretendem Verdacht eines Todes durch Verschulden Dritter, im Gegensatz zu den Erdbestattungen (Exhumierung), für den Arzt keinerlei Nachweismöglichkeiten mehr vorhanden sind.

Sektionen im Rahmen der Reichsversicherungsordnung

A) Sektionen auf Ersuchen der Berufsgenossenschaften

Relativ oft werden Obduktionen auf Veranlassung der Berufsgenossenschaften durchgeführt, um zu klären, ob der Tod auf einen Betriebsunfall bzw. eine entschädigungspflichtige Berufskrankheit zurückzuführen ist. Ein Recht auf Obduktion haben die Berufsgenossenschaften nicht, doch verweigern die Hinterbliebenen praktisch nie eine Autopsie, da sie dann mit Ablehnung ihrer Rentenansprüche rechnen müssen; ist die Leiche jedoch bereits beerdigt, so dürfen lt. Urteil des Landessozialgerichtes Hessen ⁺⁾ aus einer

dacht, der Verstorbene sei eines nicht natürlichen Todes gestorben, nicht ergeben hat. Kann der Amtsarzt bei der Leichenschau die Todesursache nicht einwandfrei feststellen, so hat er den Arzt, der den Verstorbenen während einer dem Tode unmittelbar vorangegangenen Erkrankung behandelt hat, zuzuziehen oder die Vorlage einer Bescheinigung dieses Arztes über die Art der Krankheit, Dauer der Behandlung und Todesursache zu verlangen. Lassen sich die bestehenden Zweifel auch hierdurch nicht beseitigen, so ist die Leichenöffnung vorzunehmen. War der zuständige beamtete Arzt zugleich der behandelnde Arzt, so ist die amtsärztliche Bescheinigung durch einen anderen beamteten Arzt auszustellen."

- +) LSG. Hessen, Urt. v. 9.12.1954 (U III 55/54): "Aus der Weigerung der Witwe, ihren verstorbenen Ehemann zwecks Vornahme einer Obduktion exhumieren zu lassen, können in der Regel keine für ihren Anspruch ungünstigen Schlüsse gezogen werden."

Verweigerung der Exhumierung keine ungünstigen Schlüsse bezüglich der Ansprüche gezogen werden, da eine Exhumierung nach allgemeiner Anschauung einen schweren Eingriff in die letzte Ruhe des Toten darstelle und sich das innere Empfinden der Hinterbliebenen gegen einen solchen Eingriff wehre. Die Berufsgenossenschaften schlagen in der Regel den Obduzenten vor, wobei es sich, je nach Fragestellung, Vorgesichte und örtlichen Gepflogenheiten um einen Pathologen oder Gerichtsmediziner handelt; gelegentlich wird ein zweiter sachverständiger Arzt von den Angehörigen hinzugezogen. Bei der Gutachtenerstattung werden grundsätzlich neben den makro- und mikroskopischen Befunden etwa erforderliche toxi-kologische und serologische Untersuchungen sowie alle wesentlichen Einzelheiten der Vorgeschichte berücksichtigt. Zu erwähnen ist noch, daß die Berufsgenossenschaften oft "Nutznießer" gerichtlicher Sektionen sind und zwar beispielsweise dann, wenn auf Grund eines Unfalles das Amtsgericht die Autopsie veranlaßt und dafür die Kosten trägt; als Körperschaft des öffentlichen Rechts haben sie dann die Möglichkeit, das Obduktionsergebnis von der Ermittlungsbehörde anzufordern.

B) Sektionen auf Ersuchen der Versorgungsämter

Auf die Durchführung von Leichenöffnungen, die von den Angehörigen wegen der sich evtl.daraus ergebenden finanziellen Nachteile kaum verweigert werden, haben die Versorgungsämter keinen Rechtsanspruch.

Gegenstand der Begutachtung ist in all diesen Fällen die Klärung der Frage, ob zwischen Tod und Kriegsleiden ein Zusammenhang besteht.

Sektionen im Auftrag privater Unfall- und Lebensversicherungen

Mit den Versicherungsbedingungen erkennt der Versicherungsnehmer ausdrücklich des Obduktionsrecht der Gesellschaft an. Verweigern die Hinterbliebenen eine Autopsie, dann ent-

scheidet die Versicherung ohne das Beweismittel der Leichenöffnung. Eine Ablehnung jeglicher Versicherungsleistung erfolgt besonders in den Fällen, in denen ein Suicid nicht ausgeschlossen scheint, da dann kein Versicherungsschutz besteht. Oft bestehen die Versicherungsgesellschaften bei tödlichen Unfällen auf einer Obduktion, um die Möglichkeit auszuschließen, daß natürliche, zum Tode führenden Erkrankungen oder funktionelle Störungen (z.B. apoplektischer Insult) den Unfall ausgelöst haben +).

Die Versicherungsbedingungen der einzelnen Gesellschaften stimmen in den wesentlichen Punkten überein; sie dürfen nicht gegen die Reichsversicherungsordnung verstoßen und bedürfen deshalb der Genehmigung des Bundesaufsichtsamtes.

- +) In diesem Zusammenhang seien hier die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes angeführt (P R O E L S S, 30):
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für Unfallversicherungen: Ausgeschlossen von der Versicherung sind (§3 Abs.4) Beschädigungen des Versicherten bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit die Heilmaßnahmen bzw. Eingriffe nicht durch einen Versicherungsfall veranlaßt waren. (Abs.5) Unfälle infolge von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, es sei denn, daß die Anfälle oder Störungen durch einen Versicherungsfall hervorgerufen waren. - Einschränkung der Leistungspflicht (§7 Abs.1): Haben zur Herbeiführung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, der Invalidität oder des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, so wird die Versicherungsleistung im Verhältnis des auf diese Mitwirkung entfallenden Anteils gekürzt. Dieser Anteil bleibt jedoch unberücksichtigt, wenn er weniger als 25 % beträgt.
- § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes (Lebensversicherung): Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, Selbstmord begangen hat. Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließendem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

Private Sektionen

Diese haben meist eine pathologisch-anatomische-, seltener eine gerichtsmedizinische Fragestellung (z.B. ob Suicid oder Unfall) und werden auf Veranlassung der Hinterbliebenen durchgeführt. Oft sind es Eltern, die eine Obduktion ihres plötzlich und unerwartet verstorbenen Kindes wünschen, wenn die Todesursache unklar ist.

Zusammenfassend kann man sagen, daß klare rechtliche Verhältnisse bezüglich der Autopsie menschlicher Leichen - abgesehen von den Fällen, in denen die Angehörigen diese selbst veranlassen oder gegen eine solche nichts einzuwenden haben - nur bei den gerichtlichen-, seuchenhygienischen- und Feuerbestattungsobduktionen bestehen. Bei allen übrigen Sektionen ist die Rechtslage noch weitgehend ungeklärt.

Die Bestrebungen, in Deutschland ein erweitertes Sektionsrecht zu schaffen, da die Todesursachendiagnose oft auf völlig unzureichenden Feststellungen beruht, reichen jetzt schon über ein halbes Jahrhundert zurück. Die Ursache für diesen heute noch bestehenden Mißstand ist vor allem darin zu suchen, daß die Bedeutung einer exakten Todesursachenstatistik zu wenig gewürdigt wird und daß über die Anforderungen an die vom Arzt zu treffenden Feststellungen vielfach auf unklaren Vorstellungen beruhen. Man gibt sich nicht immer in genügendem Umfang Rechenschaft über die dabei vorkommenden Irrtümer und deren Ursachen, die heute mehr denn je weittragende Folgen auf sozialmedizinischen, straf-, zivil- und versicherungsrechtlichen Gebiet haben können. Die zuständigen Behörden betrachten die Angaben auf den Leichenschauschein in der Regel als zuverlässig, wobei sie offenbar davon ausgehen, daß ärztlicherseits zur Feststellung der Todesursache alle erdenklichen Erkenntnisquellen ausgeschöpft worden sind (S C H M I D T, 32, Z A N G-

G E R, 43). M O L I T O R I S (23) sagte hierzu ganz treffend: "Das Gesetz fordert von dem Arzt, dem Leichenbeschauper, einen Ausspruch, eine ärztliche Diagnose über die Ursache des Todes, ohne ihm die Möglichkeit zu geben, diesen Ursachen nachzuspüren und sich eine Grundlage für seine Diagnose zu verschaffen, welche allein die Richtigkeit eines solchen Ausspruches zu gewährleisten imstande ist". Auch die Einführung der neuen Leichenschauheine hat zu einer größeren Genauigkeit der Angaben kaum beigetragen, da die gesetzlichen Voraussetzungen gleichermaßen unzureichend sind wie zuvor ⁺). Nach gerichtsmedizinischen Erfahrungen handelt es sich bei den in Leichenschauheinen eingetragenen Feststellungen nicht selten um Vermutungs- und Verdachtsdiagnosen, vor allem dann, wenn der ausstellende Arzt nicht zugleich der behandelnde Arzt gewesen ist.

Heute genügt nun einmal nicht die Beantwortung der Frage, ob es sich um einen natürlichen oder einen gewaltsamen Tod handelt (auch diese Frage kann häufig nur durch eine Obduktion geklärt werden!), denn eine exakte Feststellung der Todesursache ist nicht nur häufig von großem öffentlich-rechtlichen Interesse, sondern sie ist auch die Grundlage für eine praktisch verwertbare Medizinalstatistik (M I K A T und W A N D T, 22).

Die Erhebungsmöglichkeiten bezüglich der Todesursache sind verschieden: Wenn der Arzt den Verstorbenen schon von früheren Behandlungen her kannte und außerdem bei der dem Tod unmittelbar vorausgegangenen Erkrankung hinzugezo-

⁺) M I K A T und W A N D T (22) vertreten zwar neuerdings die Auffassung, daß die bessere Möglichkeit zur Geheimhaltung der medizinischen Diagnose beträchtliche Vorteile bietet, was nach eigenen Erfahrungen zweifelhaft ist. Bei einer kritischen Betrachtung unseres recht umfangreichen Sektionsmaterials haben wir nicht den Eindruck gewinnen können, daß die ärztlichen Feststellungen in den neuen Formblättern heute wesentlich genauer und detaillierter sind als früher.

gen worden war, dann handelt es sich um einen der zahlreichen Fälle, in dem das klinische Bild bzw. eigene klinische Diagnosen bei der Ausstellung des Leichenschauzeichens Berücksichtigung finden kann und bei dem die familiären Verhältnisse mehr oder weniger gut bekannt sind. Bei diesen Voraussetzungen wird der Prozentsatz der Übereinstimmung zwischen Todesursache und den Angaben auf dem Leichenschauchein verständlicherweise sehr hoch sein. Schwieriger ist es dagegen, wenn es sich um Verstorbene handelt, die vor dem Tode nicht ärztlich behandelt wurden, d.h. bei denen der ärztliche Leichenschauer seine Diagnosen nur auf die äußere Inspektion und evtl. auf die Angaben Hinterbliebener bzw. Wohnungsmitbewohner stützen kann. In diesen Fällen ist eine genaue Diagnosestellung häufig unmöglich, da hier viele und zum Teil erhebliche Unsicherheitsfaktoren mitwirken und der Ausschluß eines Verschuldens Dritter in zahlreichen Fällen nicht sicher erfolgen kann. Erfahrungsgemäß werden Vermutungs- oder Wahrscheinlichkeitsdiagnosen in den Leichenschaucheinen häufig nicht besonders gekennzeichnet, so daß eine einschränkende Bewertung in der Medizinalstatistik nicht erfolgen kann.

Nach Z A N G G E R (43) ist bei plötzlichen nicht erwarteten Todesfällen mit oder ohne vorausgegangene ärztliche Behandlung allein bei äußerer Besichtigung der Leichen die Wahrscheinlichkeit der Übereinstimmung zwischen der klinischen Verdachtsdiagnose und der pathologisch-anatomischen Diagnose verhältnismäßig gering.

Die folgenden Beispiele, die aus einer größeren Zahl ähnlich gelagerter Fälle ausgewählt worden sind, zeigen in mancherlei Hinsicht die Problematik der derzeitigen Todesursachenfeststellung:

Ein 53jähriger Monteur eines Straßenbahndepots brach während der Arbeit an einem elektrischen Aggregat plötzlich zusammen. Ein sofort hinzugezogener Arzt stellte den Tod fest und gab als Todesursache Herzinfarkt an. Da ein Tod durch Einwirkung elektrischen Stromes nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, erstattete der Arbeitgeber Meldung bei der Berufs-

genossenschaft, die zur Feststellung eines etwa berechtigten Rentenanspruches eine Obduktion durchführen ließ.

Ergebnis der Leichenöffnung: Innere Verblutung infolge Ruptur eines luetischen Aortenaneurysmas.

Ein 78jähriger Rentner kam in kachektischem Zustand zur stationären Aufnahme. Die Einweisungsdiagnose lautete: Altersschwäche, Herzinsuffizienz, Lungenemphysem und Osteochondrose der Halswirbelsäule. Der Urinstatus war unauffällig, Blutsenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen 22/39, Hämoglobin 81 %. Der Patient klagte über sehr starke Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, die nur durch Opiate gedämpft werden konnten. Die Röntgendiagnose lautete: Verdacht auf beginnenden osteolytischen Prozeß am 3. Halswirbelkörper. 5 Tage nach stationärer Aufnahme exitus letalis.

Ergebnis der Leichenöffnung: Hypernephrom links mit Metastasen in der Schilddrüse(!) und in mehreren Wirbelkörpern.

Ein 69jähriger Patient kam in stark ausgezehrttem Zustand und ziemlich apathisch zur stationären Aufnahme. Außer einer hohen Blutsenkungsgeschwindigkeit, einer hypochromen Anaemie, vereinzelt Leukozyten im Urin und einigen Furunkeln am Stamm und den Armen waren keine pathologischen Befunde zu erheben. Einen Tag nach Krankenhausaufnahme kam der Patient ad exitum. Da man vom Vorliegen eines Karzinoms überzeugt war und gern den Ort der Lokalisation erfahren hätte, wurde eine Sektion durchgeführt.

Ergebnis der Leichenöffnung: Hochgradige eitrige Pyelitis und Sepsis mit Mikroabszessen in Herzmuskel und Lunge. Da während der (allerdings nur kurzen) stationären Behandlung kein Fieber aufgetreten war, mußte eine völlig anergische Reaktionslage angenommen werden.

Ein 20jähriger kräftiger Mann brach in einem Kino plötzlich tot zusammen. Der Hausarzt der Familie vermutete einen unnatürlichen Tod und setzte sich deshalb mit dem zuständigen Amtsarzt in Verbindung, der ihm zu seinem Erstaunen riet, "Myokardinfarkt" in den Leichenschauchein als Todesursache einzusetzen. Mit dieser "Lösung" gab sich jedoch der Hausarzt nicht zufrieden und benachrichtigte die Polizei, wodurch eine gerichtliche Sektion erreicht wurde.

Ergebnis der Leichenöffnung: Herzbeutel tamponade als Folge eines Aortenrisses unmittelbar oberhalb der Aortenklappe, die eine Stenose und eine Fehlanlage erkennen ließ.

Ein Arzt wurde vom Neffen eines schon länger wegen Herzmuskelchwäche in Behandlung stehenden Patienten gebeten, schnell zu kommen, da er den Onkel tot im Bett aufgefunden habe. Der Hausarzt suchte daraufhin die Wohnung des Ver-

storbenen auf, die sich in einem schmutzigen, verwahrlosten Zustand befand; ohne die Leiche näher betrachtet oder gar untersucht zu haben, bescheinigte er auf dem Leichenschauschein, daß der Tod durch Herzversagen eingetreten sei. Da eine Nachbarin der Polizei später mitteilte, der Verstorbene habe komische Flecke am Hals gehabt, und sich außerdem die beiden Neffen, die ohnehin im Ort einen schlechten Ruf genossen, die Sparbücher des Verstorbenen aneigneten und das gesamte Geld abhoben, kamen sie in den Verdacht, den Tod des alten Onkels herbeigeführt zu haben. Auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft wurde die inzwischen beerdigte Leiche exhumiert. Bei der Obduktion konnten noch Würgmale am Hals und ein Bruch des Zungenbeines festgestellt werden. Die beiden Neffen wurden unmittelbar nach der Obduktion an der Leiche des verstorbenen Oheims vernommen, wobei der eine zusammenbrach und gestand, den alten Herrn erwürgt zu haben.

In einem zu ebener Erde liegenden Zimmer eines Wohnhauses waren über Nacht zwei Personen verstorben: Eine 78jährige Frau, der es seit einigen Tagen nicht gut ging und deren 48jährige Nachtwache. Da der plötzliche Tod gleich zweier Personen den Angehörigen mysteriös erschien, benachrichtigten sie die Kriminalpolizei, die ihrerseits sofort den zuständigen Landgerichtsarzt hinzuzog. Letzterer besichtigte die angekleideten Leichen aus 1 Meter Entfernung und stellte als Todesursache in beiden Fällen "akuten Herztod" fest. Der bei der Leichenschau anwesende Kriminalbeamte fragte den Landgerichtsarzt, ob nicht eine Sektion angebracht sei; er erhielt als Antwort, daß eine gerichtliche Sektion zu teuer wäre und die Angehörigen ja auf ihre Kosten eine Obduktion durchführen lassen könnten, wenn sie an einer solchen interessiert wären. Daraufhin erfolgte die Beerdigung der beiden Leichen. Etwa zwei Wochen später wurde ein 18-jähriger Oberschüler im gleichen Zimmer jenes Hauses, in dem die beiden Frauen gestorben waren, morgens tot aufgefunden, nachdem er die erste Nacht in diesem Raum geschlafen hatte. Eine von der Staatsanwaltschaft sofort veranlaßte Leichenöffnung ergab als Todesursache eine Kohlenoxydvergiftung. Daraufhin wurde die Exhumierung und Sektion der beiden Frauenleichen angeordnet, wobei ebenfalls eine Kohlenoxydvergiftung als Todesursache festgestellt wurde. Die weiteren Ermittlungen ergaben, daß wenige Tage vor dem Tod der beiden Frauen eine Dampfwalze über einen Gasrohrschieber gefahren war, der sich auf dem Gehsteig vor dem Haus befand. Dabei war es offenbar zu einem Gasrohrbruch gekommen, wodurch Leuchtgas nach Bodenfiltration unbemerkt und geruchsfrei in das Zimmer eingedrungen war. Da der Tod des 18jährigen Jungen bei einer vorher angeordneten und durchgeführten Leichenöffnung der beiden Frauen nicht eingetreten wäre, wurde der Landgerichtsarzt mit Recht wegen fahrlässiger Tötung angeklagt.

Den Angehörigen einer in einem Bach tot aufgefundenen Frau bescheinigte der Hausarzt, daß der Tod durch Ertrinken eingetreten sei. Da die Hinterbliebenen den ehemaligen Freund der Verstorbenen in Verdacht hatten, die Verwandte u.U. ertränkt zu haben, teilten sie ihre Vermutungen der Polizei mit, die eine gerichtliche Leichenöffnung veranlaßte.

Ergebnis der Leichenöffnung: Tod durch Hirnlähmung bei umfangreichen traumatischen Hirndefekten und Zertrümmerungsfrakturen des Schädels nach scharfer Gewalteinwirkung. Die sofort eingeleiteten und durchgeführten Ermittlungen ergaben, daß die Frau mit einem Beil ermordet wurde und nach ihrem Tode erst in den Bach geworfen worden war.

In einem Mietshaus in Frankfurt am Main wurde von Hausbewohnern eine verheiratete 41jährige Frau in ihrer Wohnung röchelnd und in einer Blutlache liegend aufgefunden. Der sofort herbeigerufene Arzt stellte mehrere klaffende, tiefe Schädelverletzungen mit Austritt von Hirnsubstanz fest und nahm als Todesursache einen Unfall durch Sturz gegen die Kante eines Schrankes an, was auch im Leichenschauschein vermerkt wurde. Die Leiche wurde in das gerichtsmedizinische Institut überführt und drei Tage nach Eintritt des Todes von einem Arzt des Institutes besichtigt, da erst zu diesem Zeitpunkt der Totenschein zum Gegenzeichnen vorgelegt wurde +). Der äußere Befund ließ sofort ein Kapitalverbrechen vermuten und die anschließend durchgeführte Leichenöffnung brachte folgendes Ergebnis:

Vier klaffende Kopfverletzungen mit Zertrümmerung des Schädels und des Gehirns durch scharfe Gewalt. Nach Ansicht der Obduzenten mußte es sich bei dem Tatwerkzeug um ein Beil oder eine Axt gehandelt haben, wobei der tödlich verletzten Frau die Schläge vermutlich im Liegen beigebracht worden sind.

Die weiteren Ermittlungen sprachen zwingend dafür, daß die Geliebte des Ehemannes der Verstorbenen diese mit einem Beil erschlagen hatte und sich nach der Tat in der Wohnung der Ermordeten versteckte, bis sie der Ehemann am nächsten Tag unauffällig aus dem Hause brachte. Da das Tatwerkzeug nicht aufgefunden werden konnte und Spuren des Verbrechens

+) In Frankfurt am Main müssen lt. Leichenschauordnung vom 18.3.1933 bzw. jetzt nach der vom 9.5.1959 in allen Fällen eines unnatürlichen Todes die bereits ausgefüllten Leichenschauscheine von einem Arzt des Institutes für gerichtliche Medizin gegengezeichnet werden; fand jedoch eine Leichenbesichtigung noch nicht statt, so hat diese ein Arzt des gerichtsmedizinischen Institutes vorzunehmen und den Leichenschauschein auszufüllen.

(abgesehen von dem Obduktionsergebnis) nicht mehr nachzuweisen waren, mußte das Ermittlungsverfahren gegen die beiden Beschuldigten eingestellt werden, was zweifellos zu einem sehr wesentlichen Teil auf die leichtfertige Diagnose des Arztes und seine Eintragungen im Totenschein zurückzuführen war.

Bei der nach einigen Jahren erfolgten Wiederaufnahme der Ermittlungen wurde die der Tat bezichtigte Frau, die inzwischen den Ehemann der Verstorbenen geheiratet hatte, in Untersuchungshaft genommen. In Hypnose gestand sie (was juristisch nicht verwertet werden konnte), daß sie die damalige Ehefrau ihres Mannes erschlagen und das bei der Tat benutzte Beil in einen Bach geworfen hatte. Kurze Zeit später verübte sie im Untersuchungsgefängnis Selbstmord durch Erhängen, wodurch eine restlose Aufklärung des Falles nicht mehr möglich war.

Diese beliebig zu erweiternden Beispiele zeigen recht instruktiv, daß es ärztlicherseits mit der exakten Feststellung der Todesursache nicht immer genau genommen wird; so ist z.B. Z A N G G E R (43) der Auffassung, "daß die Ärzte die Ausfüllung der Leichenschauischeine als wertlose Belästigung, als statistische Spielerei betrachten, weil ja doch nicht die richtigen Diagnosen hingeschrieben werden". Die Arbeiten von V I C T O R (39), S C H M I D T (32), T W A R Z I K (38) über die Häufigkeit klinischer Fehldiagnosen und die von N E U R E I T E R und S T R A S S M A N N (26) über die durch Verwaltungssektionen in Wien zu Tage getretenen strafbaren bzw. kriminellen Handlungen lassen erst einmal richtig erkennen, welch' bedingter Wert unseren Medizinalstatistiken beizumessen ist, aus denen wichtige Erkenntnisse für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und die Sozial- und Gesundheitspolitik gewonnen werden sollen (K R E F F T, 19), und wieviele Verbrechen bei uns vermutlich verborgen bleiben.

V I C T O R (39) stellte fest, daß von 5000 in den Göttinger Universitätskliniken von 1922 - 1938 Verstorbenen und zur Obduktion gekommenen trotz bester diagnostischer Hilfsmittel über 50 % eine falsche Diagnose aufwiesen. Ähnliches teilte S C H M I D T (32) von den Verwaltungssektionen in Thüringen mit, bei denen die Totenscheindagnosen in mehr als der Hälfte aller Fälle falsch waren.

T W A R Z I K (38) verglich die klinischen- und pathologisch-anatomischen Diagnosen aller in München von 1949 bis 1951 zur Obduktion gekommenen Fälle und erhielt dabei 43,7 % klinische Fehldiagnosen. Besonders in forensischer Hinsicht bedeutungsvoll sind die Mitteilungen von N E U R E I T E R und S T R A S S M A N N (26) über die Ergebnisse der sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen in Wien. Von 10385 derartiger Autopsien wurden 268 (2,6 %) unterbrochen und als gerichtliche Sektion fortgeführt; dabei fanden sich 23 Fälle, in denen der Tod durch kriminelle Fruchtabtreibung erfolgte, 17 Fälle strafbarer Handlungen gegen Kinder, 51 Fälle, in denen Verletzungen durch stumpfe Gewalt nachweisbar waren, 6 Fälle gewaltsamer Erstickung und 88 Fälle von Vergiftungen.

Wenn man auch die angeführten Beispiele nicht ohne weiteres verallgemeinern kann und Schwankungen je nach den diagnostischen Möglichkeiten der Kliniken oder des behandelnden Arztes unterstellen muß, so läßt doch dieses Material, das teilweise aus jüngster Zeit stammt, erkennen, daß selbst bei verstorbenen Krankenhauspatienten (dies sind in Frankfurt etwa 30 %), bei denen in der Regel die besten diagnostischen Möglichkeiten bestehen, die klinischen Diagnosen etwa in der Hälfte der Fälle nicht zutreffend oder unzureichend waren.

Bei plötzlichem Tod, ohne vorherige ärztliche Behandlung der Verstorbenen, dürfte die Zahl der nicht einwandfreien Diagnosen noch beträchtlich höher sein. Wenn auch ohne Zweifel in den weitaus meisten Fällen ein natürlicher Tod vorliegen dürfte, so ist andererseits aber nach gerichtsarztlichen Erfahrungen zu vermuten, daß nicht ganz selten Kapitalverbrechen, wie sie die bereits oben mitgeteilten Beispiele gezeigt haben, ohne Obduktion verborgen bleiben. Man muß darüber hinaus bedenken, daß in vielen Fällen bei Obduktionen wesentliche Feststellungen als Grundlage für eine sachliche Beweiserhebung in straf-, zivil- und versicherungsrechtlichen Fragestellungen möglich sind, die sonst nicht zu klären wären. So kommt es am gerichtsmedizinischen Institut in Frankfurt am Main immer wieder vor, daß Angehörige Wochen oder Monate nach einem Todesfall

Bescheinigungen über die Todesursache und über spezielle Befunde wünschen, die sie zur Vorlage bei privaten- oder sozialen Versicherungsträgern oder Versorgungsämtern zur Durchsetzung ihrer Forderungen bzw. Ansprüche benötigen. Häufig muß ihnen dann mitgeteilt werden, daß eine Obduktion nicht durchgeführt wurde, da die vorsorglich von der Polizei beschlagnahmte Leiche freigegeben worden ist. Es gibt somit gewichtige Gründe, die eine Erweiterung des bestehenden Sektionsrechtes dringend geboten erscheinen lassen, da die diesbezüglichen gegenwärtigen rechtlichen Grundlagen nicht mehr den Erfordernissen der Zeit entsprechen (T W A R Z I K, 38, S C H M I D T, 32, Z A N G G E R, 43, M O L I T O R I S, 23, H E L L E R, 15, V I C T O R, 39, N E U R E I T E R und S T R A S S M A N N, 26, S T R A S S M A N N, 35 und 36).

Nicht nur die angedeuteten Rechtsprobleme sondern auch sanitätspolizeiliche-, seuchenhygienische und andere medizinische Fragestellungen machen eine Neuordnung oder zu mindest Verbesserung der zur Zeit gegebenen Möglichkeiten zur Sicherung der Todesursache notwendig. So lange ein erweitertes Obduktionsrecht noch nicht geschaffen ist, beruht die Todesursachenstatistik vorwiegend auf klinischen Diagnosen mit allen ihren Fehlerquellen und Mängeln, die oben bereits erörtert sind. Der Vorwurf, daß eine derartige Statistik ein unwahres Bild gibt und somit nicht brauchbar ist, kann nicht von der Hand gewiesen werden.

Erwähnt sei noch, daß die Medizinalstatistiken leider auch durch Fehler bei der Einordnung der Todesursachengruppen verfälscht werden. Unsere Untersuchungen über tödlich verlaufene Haushaltunfälle, die in der Medizinalstatistik unter "sonstigen Unfällen" geführt werden, ergaben, daß zu dieser Gruppe auch alle an den Folgen von Schenkelhalsbrüchen verstorbenen alten Leute hinzugerechnet werden, obwohl es sich hier in den meisten Fällen nicht um eigentliche Unfälle sondern um die Folgen von krankheitsbedingten organischen- oder funktionellen Schwächezuständen handelt. Auch in den polizeilichen Ermittlungsberichten ist häufig ver-

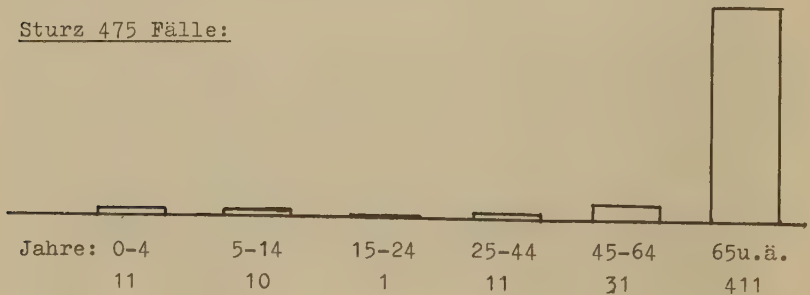
merkt: "War tappelig, sehr schwach, sah schlecht, hatte Gliederzittern" usw.
Unter 736 in Frankfurt am Main von 1945-1960 tödlich verlaufenen sog. Haushaltunfällen befanden sich 311 (!) (=42,3%) von tödlich verlaufenen Schenkelhalsbrüchen mit einem Durchschnittsalter von 81 Jahren (siehe Statistik). Der Tod trat in fast allen Fällen erst 1-3 Wochen nach dem Trauma - meist infolge Kreislaufversagens bei hypostatischer Pneumonie oder Lungenembolie - ein.

Haushaltunfälle in Frankfurt am Main von 1945-60 (736):

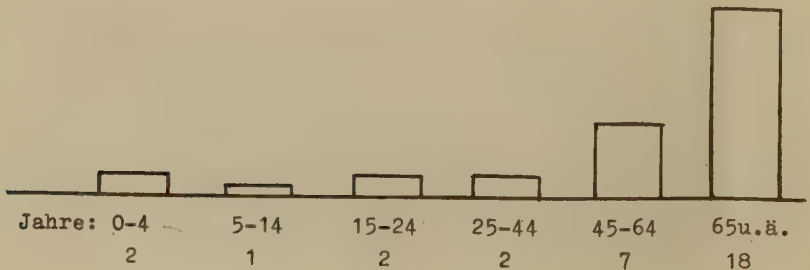
Jahre: 0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65u.ä.
102	15	9	34	75	501

davon waren zurückzuführen auf:

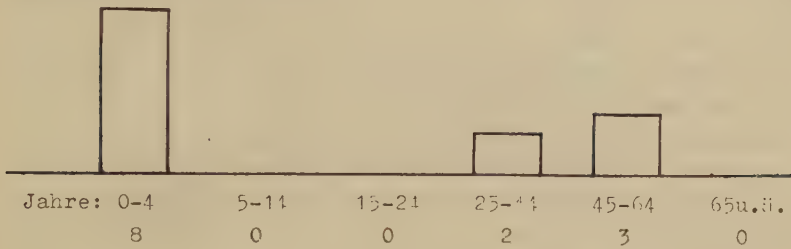
Sturz 475 Fälle:



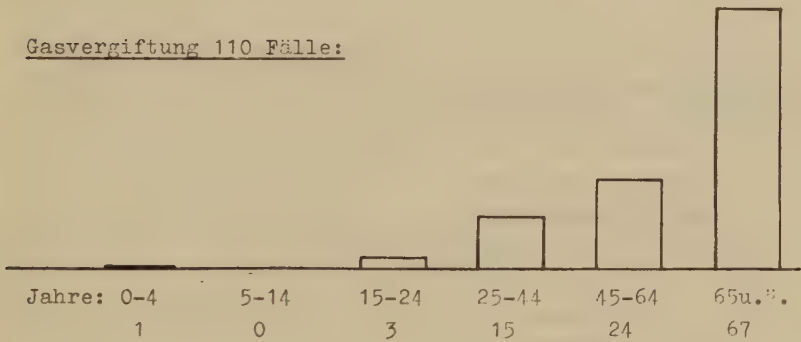
Feuer und Rauchvergiftung 32 Fälle:



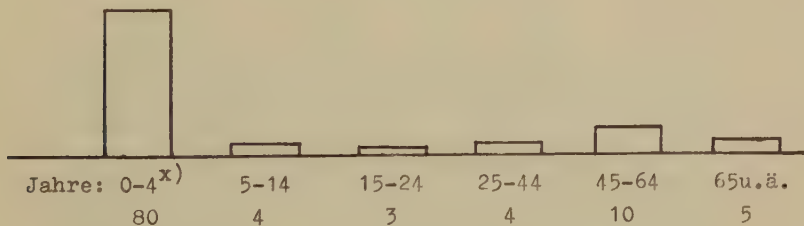
Vergiftungen 13 Fälle:



Gasvergiftung 110 Fälle:



übrige Haushaltunfälle =106:



^{x)} unter den 80 Fällen der Altersgruppe 0-4 Jahre fanden sich u.a. 18x mechanisches Ersticken, 48x Verbrühungen und Verbrennungen und 2x Strangulationen.

In den einzelnen Altersgruppen überwogen folgende Unfall-

<u>arten:</u>	auf 100 000 der Bevöl- kerung entfallen:
unter 1 Jahr: mechanisches Ersticken ^{x)}	3,4
1-4 Jahre: Verbrühungen u. Verbrennungen	9,0
5-14 Jahre: Stürze (meist aus d. Fenster)	2,0
15-24 Jahre: kein charakteristisches Über- wiegen einer Unfallart	-
25-44 Jahre: Gasvergiftungen	3,0
45-64 Jahre: Stürze	6,0
65 J.u.älter: Stürze	77,6

Zum Vergleich sei hier die Statistik der Vereinigten Staa-
ten von Nordamerika der Jahre 1950-59 gebracht(1), aus der
die in den einzelnen Altersgruppen überwiegenden Unfall-
arten ersichtlich sind:

	auf 100 000 der Bevölke- rung entfallen:
unter 1 Jahr: mechanisches Ersticken	32,6
1-4 Jahre: Verbrennungen	7,0
5-14 Jahre: Verbrennungen	1,7
15-24 Jahre: Unfälle durch Schußwaffen	1,1
25-44 Jahre: Verbrennungen	2,0
45-64 Jahre: Verbrennungen	3,1
65 J.u.älter: Stürze	65,0

Wenn auch unsere Statistik nur unter Vorbehalt mit derje-
nigen der U.S.A. zu vergleichen ist, da wir im Verhältnis
zur Letzteren nur eine bescheidene Anzahl von Fällen aus-
werten konnten, die nur aus Großstadthaushaltungen stammen
und außerdem die Lebensgewohnheiten und technischen Voraus-
setzungen in den einzelnen Ländern verschieden sind, so
spricht doch die gute Übereinstimmung bezüglich der Stürze
in der Altersgruppe "65 Jahre und älter" ziemlich eindeu-
tig für eine Prädestination des alten Menschen zu dieser
Unfallart.- Das fast völlige Fehlen von tödlichen Gasver-
giftungen in der U.S.A.-Statistik dürfte durch die über-
wiegende Verwendung von Erdgas(enthält kein Kohlenoxyd)
und die weitgehende Elektrifizierung der nordamerikanischen
Haushalte erklärbar sei.

x) hierbei handelte es sich fast stets um Ersticken unter
der Bettdecke u. durch Nahrungsaspiration nach Erbrechen.

Wenn man nun von den obigen Überlegungen und Feststellungen ausgeht, dann erscheint die gesetzliche Einführung von Verwaltungssektionen dringend erforderlich, die dem ärztlichen Leichenschauer in allen Fällen eines plötzlichen unerwarteten Todes bei nicht ausreichend gesicherter Todesursache eine Obduktion ermöglichen. Derartige Verwaltungssektionen müßten in Verfahren und Aufwand zwischen den pathologisch-anatomischen und gerichtlichen Leichenöffnungen rangieren; sie könnten mit einem verhältnismäßig niedrigen Kostenaufwand durchgeführt werden.

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg einer derartigen gesetzlichen Regelung wäre aber vor allem auch eine Neuordnung des Leichenschauwesens, da in der Bundesrepublik Deutschland die Leichenschau nach den verschiedensten Gesetzen und Polizeiverordnungen durchgeführt wird, wobei die Bestimmungen nicht immer zweckmäßig erscheinen und z.T. sogar ausgesprochen mangelhaft sind (G L A E S E R, 12). So ist es in großen Gebieten Niedersachsens und Württembergs noch heute nicht üblich, daß die Leichenschau und Ausstellung der Totenscheine von Ärzten durchgeführt wird. Daß eine Leichenbesichtigung durch Laien einer exakten Todesursachenstatistik nicht dienlich sein kann, bedarf keiner Frage.

In Frankfurt am Main wird die Leichenschau z.Z. nach folgender Polizeiverordnung durchgeführt (28):

§ 1

(1) Jede menschliche Leiche ist unverzüglich, spätestens 24 Stunden nach Eintritt des Todes oder nachdem sie aufgefunden wurde, durch einen bestellten Arzt zu besichtigen (Leichenschau). Der Arzt hat den Tod und die Todesursache mit möglicher Sicherheit festzustellen. Hierüber ist vom Arzt ein Leichenschauschein auszustellen.

(2) Der Arzt hat erforderlichenfalls geeignete und zumutbare Erhebungen anzustellen, aus welchen die Todesursache möglichst genau ermittelt werden kann. Angehörige und Hausgenossen des Verstorbenen sowie Pflegepersonen oder beim Tode Anwesende sind auf Verlangen des Arztes verpflichtet, ihm Auskunft über alle die Todesursache betreffende Umstände zu geben.

(3) Kann der die Leichenschau vornehmende Arzt die Todesur-

sache selbst nicht einwandfrei feststellen, so hat er den Arzt oder den Heilpraktiker, der den Verstorbenen während einer dem Tode unmittelbar vorangegangenen Erkrankung behandelt hat, zuzuziehen oder eine Bescheinigung dieses Arztes oder Heilpraktikers über die Art der Erkrankung, Dauer der Behandlung und mögliche Todesursache zu verlangen. Dieser oder sonstige Ärzte und Heilpraktiker, die den Verstorbenen während der letzten drei Jahre behandelt haben, sind auf Verlangen des Leichenschauarztes verpflichtet, bei der Ermittlung der Todesursache in zumutbarem Rahmen mitzuwirken.

(4) Ergibt sich bei der Besichtigung der Leiche die Gewißheit oder Vermutung, daß der Tote nicht eines natürlichen Todes gestorben ist oder handelt es sich um einen nicht identifizierbaren Toten oder ist bei dem Toten die Todesursache nicht festzustellen, so hat der Arzt unverzüglich die Polizeibehörde zu verständigen, wobei gleichzeitig der Leichenschauschein auszuhändigen ist. Die Polizeibehörde soll die Überführung der Leiche in das Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität veranlassen.

(5) Als menschliche Leiche gilt auch ein totgeborenes oder während der Geburt verstorbenes Kind, wenn es wenigstens 35 cm lang ist.

(6) Ist die Leichenschau nicht binnen 24 Stunden nach Eintritt des Todes oder nachdem die Leiche gefunden wurde erfolgt, so veranlaßt die Polizeibehörde ihre Vornahme und die Ausstellung des Leichenschauscheines.

§ 2

(1) Zur Vornahme der Leichenschau und Ausstellung des Leichenschauscheines ist zunächst derjenige Arzt zu benachrichtigen, der den Verstorbenen während einer dem Tode unmittelbar vorangegangenen Erkrankung behandelt hat. Ist dieser Arzt nicht bekannt oder nicht erreichbar, so ist der nächste erreichbare Arzt zu benachrichtigen. Das gleiche gilt in allen sonstigen Fällen. Jeder benachrichtigte Arzt ist verpflichtet, die Leichenschau vorzunehmen und den Leichenschauschein auszustellen.

(2) Tritt der Sterbefall während der Überführung in ein Krankenhaus ein, so ist die Leichenschau und die Ausstellung des Leichenschauscheines von dem Aufnahmearzt dieses Krankenhauses, gegebenenfalls im Benehmen mit dem einweisenden Arzt, vorzunehmen.

§ 3

(1) Der gemäß § 2(1) zur Leichenschau verpflichtete Arzt ist unverzüglich zu benachrichtigen. Die Benachrichtigungspflicht obliegt in nachstehender Reihenfolge 1. dem Haushaltungsvorstand; 2. dem Wohnungsinhaber, in dessen Wohnung sich der Sterbefall ereignet hat; 3. jeder Person, die bei dem Todesfall zugegen war oder von dem Sterbefall aus eigener Kenntnis oder Wahrnehmung unterrichtet ist.

(2) Die unter Absatz (1) Ziffer 3 genannten Personen genügen ihrer Benachrichtigungspflicht auch mit einer Anzeige an die nächste Polizeidienststelle.

(3) Bei Sterbefällen in Anstalten oder Heimen trifft die Benachrichtigungspflicht grundsätzlich den Leiter der Anstalt oder des Heimes..

§ 4

(1) Für den Leichenschauschein ist ein Vordruck nach dem Muster der Anlage A zu verwenden.

(2) Der Leichenschauarzt hat bei der Ausstellung des Leichenschau Scheines die Vorschriften des "Merkblattes für Ärzte über die Ausstellung von Leichenschau Scheinen" zu beachten. Etwa verbliebene Zweifel über die Todesursache hat er im Leichenschauschein zu vermerken.

§ 5

(1) Die Kosten einer Leichenschau, die auf Anordnung der zuständigen Behörde stattgefunden hat, werden von dieser getragen. Im übrigen ergibt sich die Pflicht zur Übernahme der Kosten aus den Vorschriften des BGB.

§ 6

(1) Unbeschadet des Gesetzes über die Feuerbestattung vom 15.5.1934-RGBI. I Seite 380-darf eine Leiche erst dann bestattet werden, wenn der für die Örtlichkeit des Sterbefalles zuständigen Polizeidienststelle ein den Vorschriften dieser Verordnung entsprechender Leichenschauschein vorgelegt worden ist.

Wenn auch diese Polizeiverordnung unter den gegebenen Verhältnissen als positiv zu betrachten ist, da der ärztliche Leichenbeschauer bereits jeden Verdacht eines unnatürlichen Todes der Polizei melden muß, so können doch gewisse Mängel nicht übersehen werden. So ist beispielsweise nicht vorgeschrieben, die Leichen zu entkleiden und die Leichenschau bei guter Beleuchtung vorzunehmen. Bei der in weiten Kreisen der Bevölkerung vorhandenen Ansicht, daß die Ruhe des Toten heilig sei und nicht gestört werden dürfe, würde die Anordnung derartiger Vorschriften und ihre konsequente Durchführung eine zwar nicht sachliche, jedoch psychologisch verständliche, gefühlsmäßig betonte Kritik auslösen und bei nicht wenigen Bürgern den Eindruck von überflüssigen Willkürmaßnahmen hervorrufen. Man müßte deshalb damit rechnen, daß eine diesbezügliche gesetzliche

Regelung unter Berücksichtigung der "öffentlichen Meinung" auf erhebliche Widerstände stoßen würde. Auch erscheint es fraglich, ob die Einhaltung einer solchen Verordnung zu garantieren wäre, da wirkungsvolle Kontrollen vermutlich als unzulässige Eingriffe in ärztliche Rechte und Pflichten und als Bevormundung der Ärzteschaft angesehen werden könnten. Man muß nämlich leider davon ausgehen, daß von Ärzten mitunter der einwandfreien Feststellung der Todesursache nicht die erforderliche Bedeutung beigemessen wird und daß gelegentlich in fremden oder eigenem Interesse falsche Diagnosen in die Leichenschauscheine eingetragen werden, so z.B. aus einem vermeintlichen Pflichtgefühl, das ärztliche Berufsgeheimnis zu wahren ⁺⁾ , aus Sorge, die Angehörigen des Toten als Patienten zu verlieren und u.U. aus der Befürchtung, daß eine exakte Eintragung Anlaß dafür sein könnte, daß ihm selbst ein schuldhaftes Versagen bzw. eine Fehlbehandlung zum Vorwurf gemacht werden könne (T W A R Z I K, 38; S C H M I D T, 32).

Hierzu 2 Beispiele: Eine an metastasierenden Unterleibscarcinom erkrankte Patientin, die über ihre Heilungsaussicht informiert und seit Wochen bettlägerig war, verübte Suicid durch Strangulation mit einer Gardinenschnur. Der Hausarzt, der von den Hinterbliebenen inständig gebeten wurde, eine andere Diagnose auf den Leichenschauschein zu schreiben, da sie nichts mit der Polizei zu tun haben wollten und die Nachbarn darüber reden würden, willigte schließlich ein und bescheinigte Herzversagen. Durch unzureichende Ausfüllung des Totenscheines veranlaßt, nahm das zuständige Gesundheitsamt Rücksprache mit dem behandelnden Arzt; bei dieser Gelegenheit teilte Letzterer dann noch die wahre Todesursache mit.

⁺⁾ zur rechtlichen Würdigung muß hierzu bemerkt werden, daß die ärztliche Schweigepflicht gemäß § 300 StGB. bzw. § 2 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte nicht zu falschen Angaben auf den Leichenschauscheinen berechtigt und daß gegebenenfalls Bestrafung wegen Urkundenfälschung nach § 267 StGB. erfolgen kann, wenn eine fehlerhafte Eintragung nachweislich wider besseres Wissen erfolgt ist. Daß diese Auffassung in der DDR praktiziert wird, ergibt sich aus einer Arbeit von K R E F F T (19).

Bei einer unter der Diagnose Herztod in das Institut für gerichtliche Medizin in Frankfurt am Main eingelieferten Leiche wurde eine Strangmarke festgestellt. Die Rücksprache mit dem Arzt, der den Leichenschauschein ausstellte ergab, daß es sich um einen Suicid durch Erhängen handelte. Die Angehörigen hatten den Toten abgeschnitten und ins Bett gelegt; der Arzt wurde gebeten, einen natürlichen Tod zu bescheinigen, um eine christliche Beerdigung zu ermöglichen.

Da sich der behandelnde Arzt oft in einer schwierigen Lage befindet, halten wir die Möglichkeit einer amtsärztlichen Leichenschau bei allen Fällen eines unklaren Todes für die beste Lösung, da dadurch eine absolute Objektivität bei der Todesursachenfeststellung garantiert erscheint ¹⁾. Aber auch in diesem Falle würde dem Hausarzt nicht immer der Schuldvorwurf von Seiten der Angehörigen erspart bleiben, durch "Kleinlichkeit" oder "Überkorrektheit" eine u.U. amtsärztlich angeordnete Leichenöffnung veranlaßt zu haben.

In diesem Sinne sprachen sich auch die meisten Ärzte aus, die wir nach ihrer Meinung über die Einführung eines Ver-

¹⁾ als Parallele hierzu bietet sich der Vergleich mit ärztlichen Feststellungen bei behördlich angeordneten Blutentnahmen zum Nachweis des Trunkenheitsgrades an: Nach Erfahrungen der Ärzte unseres Institutes und nach Untersuchungen von L A P P E (20) fällt immer wieder bei Blutproben, die von auswärts eingesandt werden, die große Diskrepanz zwischen der Trunkenheitsdiagnose im Entnahmeprotokoll und dem festgestellten Blutalkoholwert auf. Und zwar besteht in der Regel ein Unterschied, wie er in gleicher Weise bei dem in unserem Institut durchgeführten Blutentnahmedienst für den Stadtbereich Frankfurt am Main nicht zu beobachten ist. Man wird nicht fehl gehen mit der Vermutung, daß die Unterbewertung des Trunkenheitsgrades durch den die Blutprobe in seiner Praxis entnehmenden Arzt nicht nur die Folge mangelnder Erfahrung ist, sondern häufig darauf beruht, daß er sich Ärger durch "nichtberechtigte" Diagnosen mit den Patienten oder Personen aus seinem Praxisbereich ersparen möchte, zumal erfahrungsgemäß in Verkehrsstrafprozessen die ärztlichen Feststellungen meist zum Nachteil der Angeklagten verwendet werden. Man darf deshalb nicht übersehen, daß gerade der selbständige Arzt als "Freischaffender" weitgehend auf das Wohlwollen und die Gunst der Bevölkerung angewiesen ist.

waltungssektionsgesetzes und eine amtsärztliche Leichenschau befragten. Dabei ließ sich deutlich die Tendenz des frei praktizierenden Arztes erkennen, mit der Empfehlung von Leichenöffnungen zurückhaltend zu sein.

Von 50 frei praktizierenden Ärzten sprachen sich 39=78% für ein Verwaltungssektionsgesetz aus; davon wollten 33 mit einer evtl. Obduktionsanordnung nichts zu tun haben. Von den angestellten Ärzten -wir befragten ebenfalls 50- waren 45=90% für ein derartiges Gesetz, jedoch nur 6 be-
fürworteten eine amtsärztliche Leichenschau+).

Eine Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit in bestimmten Fällen Obduktionen durchzuführen, wäre ohne Zweifel zweckmäßig, jedoch wird man davon nicht allzuviel Verständnis erwarten können, da erfahrungsgemäß auf diesem Gebiet subjektive Empfindungen und Gefühle Ressentiments und Widerstände begünstigen.

Bei der Ausarbeitung eines künftigen Gesetzes über Verwaltungsobduktionen könnten die gesetzlichen Grundlagen der seit 1857 in Österreich durchgeführten "sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen" (W E N T Z E L, 41) und der Verwaltungssektionen in der DDR (6) als Grundlage dienen. Zu erwähnen ist noch, daß es auch in Hamburg seit über 40 Jahren gesetzliche Bestimmungen gibt, welche Verwaltungsobduktionen legalisieren und daß in Thüringen Verwaltungssektionen bereits 1922 auf Grund einer persönlichen Initiative des damaligen Jenaer Pathologen R Ö S S L E eingeführt wurden (M U E L L E R, 24).

In Österreich beruhen die sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen auf der Verordnung des M.d.L. vom 8.4.1857 (RGBl. Nr.73), in der es u.a. heißt: "übrigens bleibt es der politischen Behörde überlassen, bei allen Todesfällen, wo nicht ohnehin die Leichenöffnung vorgenommen werden muß, dieselbe anzuordnen, so oft sie es aus öffentlichen Rücksichten notwendig findet" (W E N T Z E L, 41).

+) gerade diese große Differenz läßt den Schluß zu, daß angestellte Ärzte die von den Angehörigen u.U. zu erwartenden Schwierigkeiten und Vorwürfe nicht in dem gleichen Maße berücksichtigen wie die Praktiker, da sie sich zweifelsfrei in einer weniger abhängigen Position befinden.

In der DDR wurden die Verwaltungssektionen durch die am 9.3.1949 von der Deutschen Wirtschaftskommission getroffenen Anordnung über die ärztliche Leichenschau, die heute noch Gültigkeit hat, eingeführt. In dieser Anordnung heißt es im § 8 Abs. 3:

"Verbleiben auch hiernach Zweifel, so ist bei Feuerbestattung die Leichenöffnung vorzunehmen. Bei Erdbestattung kann sie der Arzt in Zweifelsfällen vornehmen oder falls er hierzu nicht befugt ist, einen befugten Arzt mit der Vor-
nahme der Leichenöffnung beauftragen; er soll dies tun, wenn der Tote möglicherweise zur Zeit des Todes an Krebs, Tuberkulose oder einer Seuche im Sinne der Seuchengesetze gelitten hat und die Angehörigen die Leichenöffnung wünschen oder mit ihr einverstanden sind". Und im Abs. 4:
"Das Gesundheitsamt kann in jedem Falle, in dem dies zur Feststellung der Todesursache erforderlich ist, die Leichenöffnung anordnen"(6).

Ob die personelle Besetzung der pathologischen- und gerichtsmedizinischen Institute und der an größeren Krankenhäusern bestehenden Prosekturen ausreicht, würde sich nach einer gewissen Anlaufzeit ergeben, wenn feststeht, ob von der Möglichkeit diese Sektionen durchzuführen selten oder häufig Gebrauch gemacht wird. Die Anordnung einer Verwaltungssektion müßte vom Amtsarzt erfolgen, möglichst nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt und mit der für die Todesursachenfeststellung zuständigen Ermittlungsbehörde (Polizei oder Staatsanwaltschaft). Eine rechtzeitige Verständigung der Hinterbliebenen von einer beabsichtigten Autopsie wäre erforderlich, um ihnen die Möglichkeit eines begründeten Einspruches zu geben (S C H M I D T, 32).

Daß Verwaltungssektionen eine gewisse finanzielle Mehrbelastung mit sich bringen, kann nicht von der Hand gewiesen werden, doch dürfte diese im Rahmen des Vertretbaren liegen, zumal der Aufwand ohne Zweifel geringer wäre als bei gerichtlichen Leichenöffnungen, von denen im übrigen manche durch Verwaltungssektionen ersetzt werden könnten. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß Verwaltungssektionen nicht dazu geschaffen werden sollten, den Justizbehörden Kosten zu ersparen, da die Ermittlung und Aufklärung von rechtlichen Tatbeständen bei Todesfällen allein

den gerichtlichen Obduktionen vorbehalten bleiben muß. Dabei muß man besonders darauf hinweisen, daß bei den für die Anordnung von Leichenöffnungen zuständigen Justizbeamten, nämlich Staatsanwälten und Richtern, nicht immer das notwendige Verständnis für Sinn und Zweck einer Obduktion und für deren Aussagewert vorhanden zu sein scheint. Nach den Erfahrungen an unserem Institut ist es nicht ganz selten, daß gerichtliche Sektionen durchaus überflüssig angeordnet und durchgeführt werden, während dem gegenüber verhältnismäßig häufig Leichen freigegeben werden, bei denen die Öffnung zweifelsfrei im Interesse der Rechtssicherheit und der Wahrheitsfindung nötig wäre. So ist es gerade in letzter Zeit immer mehr üblich geworden, Verkehrsunfallleichen freizugeben, wenn von einem zugezogenen Arzt oder von dem klinisch tätigen Arzt nach längerer oder kürzerer Krankenhausbehandlung die Kausalität des Unfalls mit dem Tod bescheinigt wird, so daß eine Anklage gegen einen beschuldigten Verkehrsteilnehmer erhoben werden kann. Man übersieht dabei, daß sehr häufig ein genauer Obduktionsbefund wichtige, wenn nicht gar entscheidende Hinweise für Art und Richtung der Gewalteinwirkung und damit für den Unfallhergang selbst ergeben können, ganz abgesehen davon, daß die Feststellung bestimmter krankhafter Befunde gelegentlich geeignet ist, den Schuldvorwurf gegen einen Angeklagten zu mindern und diesen u.U. sogar völlig zu entlasten.

Vor wenigen Jahren wurde die Leiche einer älteren Frau seziiert, die im Stadtgebiet Frankfurt am Main in einen fahrenden Lastzug gelaufen und dabei tödlich verletzt worden war. Der beschuldigte Fahrer gab bei seiner polizeilichen Vernehmung an, daß die Frau mit "offenen Augen" vom Bürgersteig aus auf das Fahrzeug ohne zwingenden Grund zugelaufen sei und daß er mit einem solchen Verhalten nicht habe rechnen können.

Die Obduktion ergab außer den für den Tod ursächlichen schweren Verletzungsfolgen einen vom nervus opticus ausgehenden Tumor, der ohne Zweifel das Sehvermögen der Frau wesentlich beeinträchtigt hatte. Dieser Befund war geeignet, die Einlassungen des beschuldigten Kraftfahrers so weit zu stützen, daß die Staatsanwaltschaft von einer Anklageerhebung Abstand nahm.

Ein Kradfahrer kollidierte beim Überholen eines Omnibusses mit einem entgegenkommenden Fahrzeug und stürzte. Der Schaffner des Omnibusses will aus dem Rückfenster beobachtet haben, wie ein nachfolgender Motorradfahrer über den Kopf des sich noch bewegenden Gestürzten fuhr und ohne anzuhalten seine Fahrt fortsetzte. Von Seiten der Ermittlungsbehörden wurde daraus geschlossen, daß der inzwischen eingetretene Tod des Gestürzten durch das Überfahren des Motorradfahrers herbeigeführt wurde. Eine Großfahndung nach dem Flüchtigen wurde eingeleitet; unter 6 000 Motorrädern von Belegschaftsangehörigen der Farbwerke Höchst wurde das Krad des Gesuchten gefunden, da am Rahmen Blut- und Gehirnteile nachgewiesen werden konnten.

Die in unserem Institut durchgeführte gerichtliche Sektion ergab eine völlige Zertrümmerung und Kompression des Schädels (trotz Sturzhelm!) mit Zerreißung und Zerquetschung des Gehirns. Da Gehirnrümpfer durch Einatmung bis in die Luftröhrenäste gelangt waren, konnte kein Zweifel daran bestehen, daß diese Verletzung zu Lebzeiten erfolgt ist. Bei Art und Grad der Schädelzertrümmerung wurde von den Obduzenten die Ansicht vertreten, daß nur ein sehr schweres Fahrzeug beim Überrollen des Kopfes diese Verletzungen verursacht haben kann. Da die Ermittlungsbehörden eine solche Möglichkeit auf Grund der ersten Zeugenaussage als nicht gegeben betrachteten, wurde die bereits erwähnte Fahndung durchgeführt. Erst die Tatsache, daß die Ärzte nicht von ihrer Ansicht abgingen, veranlaßte die Polizei, weitere Vernehmungen vorzunehmen. Dabei war die Aussage eines Fahrgastes entscheidend, der im Omnibusanhänger saß und glaubhaft ein Springen des Wagens im Augenblick des Vorfalles beobachtet haben will. Eine Untersuchung der Räder und Reifen dieses Anhängers führte zum Nachweis von Blutanhaftungen am li. Hinterrad.

Als Ergebnis der gesamten Ermittlungen konnte somit festgestellt werden, daß der Kopf des Motorradfahrers nach dem Sturz von dem Omnibusanhänger überfahren wurde und daß der bei der Großfahndung gefundene und sistierte Fahrer mit seiner Maschine über die am Boden liegende Leiche hinweggefahren war.

Nur durch den Sektionsbefund und das Beharren der Obduzenten auf ihrer Meinung konnte verhindert werden, daß der ermittelte Kradfahrer wegen fahrlässiger Tötung unter Anklage gestellt wurde und nach Lage des Falles vermutlich auch verurteilt worden wäre.

Im Gegensatz zu diesen Fällen könnten vielfach Verwaltungssektionen gerichtliche Leichenöffnungen ersetzen, wenn es nur um die Feststellung der Todesursache geht und wenn eingehende polizeiliche Ermittlungen keinen etwaigen Anhaltspunkt für ein fremdes Verschulden ergeben haben.

Die Vorteile, die sich aus der Verwirklichung eines Verwaltungssektionsgesetzes ergeben, wären ohne Zweifel sehr vielseitig. Im Vordergrund steht dabei die Bedeutung für die Medizinalstatistik und deren Auswirkung auf sozial- und gesundheitspolitischem Gebiet. Auch die Aufdeckung von kriminellen Handlungen bzw. von Kapitalverbrechen (N E U R E I- T E R und S T R A S S M A N N, 26) könnte gefördert werden. Nicht zuletzt aber wären Verwaltungssektionen auch für die praktische Medizin von großem Nutzen, da sie zu diagnostischen und therapeutischen Erkenntnissen beitragen können, die dem behandelnden Arzt wertvolle Hinweise für die Untersuchung und Behandlung ähnlich gelagerter Fälle geben.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Aufgabe und Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu prüfen, ob in der Bundesrepublik Deutschland die gegenwärtigen gesetzlichen Voraussetzungen zur Durchführung von Leichenöffnungen für die Rechtssicherheit und eine genaue Medizinalstatistik als ausreichend zu betrachten sind.

Nach einem Überblick über die Geschichte menschlicher Leichenöffnungen, die zugleich die Entwicklung der Anatomie bzw. pathologischen Anatomie und Gerichtsmedizin wieder spiegelt, werden die heute praktizierten Sektionsarten, wie anatomische Präparationen, pathologisch-anatomische-, gerichtsmmedizinische-, seuchenhygienische- und Feuerbestattungssektionen sowie Sektionen im Auftrag privater Versicherungen, von Privatpersonen und Obduktionen im Rahmen der RVO. besprochen und dabei die rechtlichen Grundlagen einer kritischen Würdigung unterzogen. Anhand von Beispielen wird auf die Bedeutung von Obduktionen für eine genaue Todesursachendiagnostik hingewiesen. Die negativen Folgen nicht zutreffender Diagnosen auf Leichenschau scheinen für die Medizinalstatistik - die außerdem durch falsche Einordnung von Todesursachengruppen ein unwahres Bild ergibt - und für die Erkennung und Aufklärung strafbarer Handlungen werden anhand eigener Untersuchungsergebnisse und Literaturbeispielen nachgewiesen.

Die Einführung eines erweiterten Sektionsrechtes in Form der in einigen Ländern bereits üblichen sog. Verwaltungssektionen, die in Verfahren und Aufwand zwischen den gerichtlichen- und pathologisch-anatomischen Leichenöffnungen rangieren würden und eine amtsärztliche Leichenschau bei allen Fällen eines unklaren Todes, wird als dringend erforderlich und als die beste Lösung erachtet, das gegenwärtige Sektionsrecht den Erfordernissen der Zeit anzupassen. Die Vorteile, die sich aus der Einführung eines derartigen Gesetzes über Verwaltungssektionen in medizinischer-, gesundheitspolitischer- und rechtlicher Hinsicht ergeben, werden im einzelnen diskutiert.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

1. - Accident Facts, Chicago (1960)
2. Artelt, W. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 34;3, Berlin (1940)
3. Behring, v.H. Aerztebl. Hessen 11;240 (1953)
4. Borris, W. Zschr. ärztl. Fortbild. 16;471 (1952)
5. - Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Stuttgart (1950)
6. - Deutsche Wirtschaftskommission: Anordnung über die ärztliche Leichenschau, Zentralverordnungsblatt Nr.34 (1949)
7. Diepgen, P. Geschichte der Medizin, Bd.1, Berlin(1949)
8. Diepgen, P. Geschichte der Medizin, Bd.2, Berlin(1959)
9. Diepgen, P. Medizin und Kultur, Stuttgart (1938)
10. Fischer, K., Taschenlexikon sozialversicherungsrechtlicher Entscheidungen, Bielefeld
Neumann, E. u.
Schimanski, S. (1959)
11. - Gesundheitswesen 1957 (Statistische Ergebnisse), Stuttgart und Mainz (1959)
12. Glaeser, J. Ärztliche Mitteilungen 22;731 und 23;768 (1959)
13. Gräff, S. Zbl. Path. 87;194 (1951)
14. Haeser, H. Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten, Jena (1881)
15. Heller, A. Vjschr. gerichtl. Med. 13;387 (1897)
16. - Internationales und Deutsches Verzeichnis der Krankheiten, Bd.I und II, Stuttgart (1958)
17. Klein, W. Der Amtsarzt, Bd.2, Jena (1943)
18. Kopsch, P. Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen, Bd.1, Leipzig (1952)

19. Krefft, S. Das Deutsche Gesundheitswesen 25;748 (1953)
20. Lappe, K. Inaug. Diss., Frankfurt (1956)
21. - Leben und Sterben in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn (1960)
22. Mikat, B. u. Ärztliche Mitteilungen 1;16 (1962)
Wandt, H.
23. Molitoris, H. Dtsch. Zschr. gerichtl. Med. 1;1(1922)
24. Mueller, B. Gerichtliche Medizin, Berlin (1953)
25. Neureiter, v.F., Handwörterbuch der gerichtlichen Medi-
Pietrusky, P. u. zin und naturwissenschaftlichen Krimi-
Schütt, E. nalistik, Berlin (1940)
26. Neureiter, v.F. u. Dtsch.Zschr. gerichtl. Med. 1;12
Straßmann, G. (1922)
27. Placzek, S. Handbuch der Geschichte der Medizin,
Bd.3, Jena (1905)
28. - Polizeiverordnung über die ärztliche
Leichenschau im Bereich der Stadt Frank-
furt am Main, Mitteilungen der Stadt-
verwaltung Frankfurt am Main Nr.19,
S.203 (1959)
29. Ponsold, A. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin,
Stuttgart (1957)
30. Prölss, E.R. Versicherungsvertragsgesetz, München
(1948)
31. Reuter, K. Dtsch. Zschr. gerichtl. Med. 1;17
(1922)
32. Schmidt, G. Veröffentl. der Akademie für Staatsme-
dizin, S.116 (1952)
33. Schöllgen, W. Das Krankenhaus 4;97 (1953)
34. Singer, C. A short history of anatomy & physio-
logy from the Greeks to Harvey, New
York (1957)
35. Strassmann, F. Vjschr. gerichtl. Med. 61;133 (1921)
36. -Strassmann, F. Dtsch. Zschr. gerichtl. Med. 1;9(1922)

37. Trockel, H. Die Rechtswidrigkeit klinischer Sektionen, Berlin (1957)
38. Twarzik, H. Inaug. Diss., München (1954)
39. Victor, K. Dtsch. Zschr. gerichtl. Med. 33;300 (1941)
40. Walther, K.H. Lehrbuch der Hygiene, Berlin (1954)
41. Wentzel, O. Sanitätsgesetze, Wien (1954)
42. Wolff, G. Janus, Bd.XLII, S.225, Leiden (1938)
43. Zangger, H. Medizin und Recht, Zürich (1920)

L e b e n s l a u f

Name: Wolfgang Lange

Geburtstag: 25. September 1934

Geburtsort: Freiberg/Sa.

Name des Vaters: Dr.med. Fritz Lange

Name der Mutter: Käthe Lange, geb. Kriegenherdt

Schulbildung: Volksschule 1941 - 1949 in Leipzig;
Oberschule 1949 - 1953 in Leipzig (Abitur).

Studium: Vom Herbstsemester 1953 - Frühjahrssemester
1955 vorklinisches Studium an der Universität Leipzig; Sommer 1955 Physikum.
Vom Herbstsemester 1955 - Herbstsemester 1956
klinisches Studium in Leipzig und vom Wintersemester 1956 - Wintersemester 1958/59 an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main; Herbst 1959 ärztliche Prüfung.

Medizinalassistentenzeit:
Vom November 1959 bis Mai 1961 im St.Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main und seit Juni 1961 am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität in Frankfurt am Main. November 1961 Approbation als Arzt.

